

Faculté de médecine de Paris

Année 1895

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 3 juillet 1895, à 1 heure

Par PAULIN VIGNERON

Né à La Horgne (Ardennes), le 24 novembre 1858

DE L'ÉNUCLÉATION

DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Président : M. TERRIER, professeur

{ TILLAUX, professeur

Juges : MM. { RICARD, { agrégés

{ JALAGUIER, {

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE KUGELMANN

12, rue de la Grange-Batelière, 12

1895

Faculté de médecine de Paris

Année 1895

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 3 juillet 1895, à 1 heure

Par PAULIN VIGNERON

Né à La Horgne (Ardennes), le 24 novembre 1868

DE L'ÉNUCLÉATION

DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Président : M. TERRIER, professeur

Juges : MM. { TILLAUX, professeur
RICARD,
JALAGUIER, } agrégés

L Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE KUGELMANN

12, rue de la Grange-Batelière, 12

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BUOUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENÉ.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Maladie des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND.
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN	DELBET	MARIE	RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef des	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	ques.	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Professeur d'opérations et appareils
Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien des hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR RICARD

Professeur agrégé de la Faculté de médecine
Chirurgien des hôpitaux
Rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*

INTRODUCTION

Lorsqu'on envisage dans une vue d'ensemble l'histoire de la thérapeutique chirurgicale des kystes hydatiques du foie, il est frappant de voir combien les grandes étapes ont reflété fidèlement les grands progrès de l'ère antiseptique. Avant les découvertes pastoriennes, les chirurgiens mirent tous leurs moyens à éviter le péritoine considéré comme un ennemi si redoutable. Cet état d'esprit fit naître, pour les kystes hydatiques du foie, l'âge des caustiques. Cette période commence en 1825 avec *Récamier*, celui-ci est suivi par *Dolbeau*, *Richet*, *Tillaux*.

Mais les caustiques employés pour supprimer l'action du couteau dont on redoutait les fâcheux effets, ne produisirent, par leur action brutale et aveugle, que de déplorables résultats, et c'est au trocart à demeure qu'on confia le soin et d'évacuer la poche et de protéger par des adhérences la cavité péritonéale. Ainsi pratiquèrent *Simon*, *Küster*, *Vernuil*, etc.

Puis on entre brusquement dans une phase nouvelle. La méthode antiseptique se répand partout. *Volkmann* l'appliqua aux kystes hydatiques en imaginant son procédé, encore employé quelquefois, d'incision en deux temps ; une mèche de gaze iodoformée mise à la première séance avait pour but d'obtenir la fermeture du péritoine par adhérence.

Mais le procédé de Volkmann ou tous ses dérivés ne donnèrent qu'un jour insuffisant et qu'une action trop limitée sur le kyste lui-même. Pour attaquer la tumeur elle-même, il fallait être plus hardi, il fallait une large voie d'accès, il fallait ouvrir largement l'abdomen, faire une laparotomie. C'est ce que firent *Landau* et *Lindemann*.

Ici donc commence une troisième étape chirurgicale qu'inaugurent si brillamment *Landau* et *Lindemann* et dont le procédé, dit *procédé en un temps*, se généralise rapidement avec *Lawson Tait*, en Angleterre, avec *Trélat*, *Segond*, *Bouilly*, *Championnière*, *Richelot*, *Monod*, etc., en France.

Néanmoins, les difficultés surgissent dans la pratique de chaque chirurgien. On se rend compte que le principal obstacle réside dans le siège du kyste. Aussi, pour chaque variété, on crée une route chirurgicale différente. La *laparotomie* convient aux kystes antéro-inférieurs. La *voie lombaire* s'adresse avec fruit aux kystes postéro-inférieurs ainsi que l'a prôné *Villaret* ; les kystes postéro-supérieurs peuvent être atteints par voie *transpleuro-péritonéale* comme le prouvèrent *Israël* et *Segond*. Enfin, pour les kystes antéro-supérieurs, il est parfois utile de réséquer le thorax ainsi que *M. Lannelongue* et son élève *Canniot* nous l'ont appris.

Entre temps, d'autres opérateurs se préoccupent du kyste lui-même. Il est d'abord d'usage de *suturer* les parois du kyste à la paroi abdominale ; plus tard, afin de faciliter et de hâter le lent travail de cicatrisation de ces vastes poches suturées à la paroi, on songe à ajouter à la simple marsupialisation la *résection partielle* de la poche, lorsqu'elle est possible. Parfois encore, lorsque le cas est propice, on va plus loin, on *extirpe* le kyste s'il est pédiculisé comme un kyste de l'ovaire, en plaçant une ligature sur son

pédicule et en excisant le reste. Mais on arrive à faire mieux encore, on supprime la totalité du kyste, contenu et paroi, on ne craint pas d'aller cueillir le kyste et de le disséquer en plein parenchyme hépatique. C'est l'*énucléation* qui seule fera l'objet de ce travail. Tel est, l'immense chemin parcouru en peu d'années et, depuis le procédé de *Volkman* qui inaugure l'antiseptie jusqu'à l'*énucléation*, la dernière venue, il y a toute une série régulière dont chaque échelon est marqué par un perfectionnement. L'*énucléation* cependant, n'est pas destinée à suppléer toutes les autres méthodes; elle est sœur de l'*extirpation partielle ou totale* avec *marsupialisation*, mais elle n'est pas sa rivale. Hâtons-nous donc de dire que l'opération dont nous allons faire l'étude a des indications, un manuel opératoire différent de celui de la marsupialisation, mais qu'elle ne restera sans doute jamais applicable qu'à un petit nombre de kystes, quels que soient les progrès réalisés par la technique.

Mais avant d'entrer dans le sujet de ce petit travail, je dois remplir un devoir bien agréable, c'est d'adresser l'expression de ma gratitude aux maîtres qui m'ont témoigné de l'intérêt.

Je remercie mes anciens professeurs de l'Ecole de Médecine de Reims qui m'ont prodigué de si excellents et si affectueux conseils au début de mes études médicales. Je dois, en particulier, un affectueux souvenir au docteur J. Moret, qu'une mort aveugle a si tôt ravi à l'affection de ses élèves. Ce maître si bon et si dévoué a dirigé mes études pendant deux années entières, il m'a initié chaque jour aux difficultés de la clinique, m'en faisant surmonter les obstacles avec une patience et une bonté paternelles, et aussi avec cette bonne humeur dont il avait le secret et à

laquelle nul ne résistait. Je garderai à sa mémoire une reconnaissance éternelle. J'adresse aussi tous mes remerciements à M. le docteur Ricard : presque étranger à cette Faculté, il m'était bien difficile de trouver un sujet convenable pour ma thèse inaugurale. M. le docteur Ricard a bien voulu, avec cette affabilité et cette bonté qui le rendent si sympathique, me prodiguer ses conseils et me tirer d'embarras ; je lui en conserve une profonde gratitude. J'exprime mes remerciements les plus respectueux à M. le professeur Terrier, qui a accepté la présidence de cette thèse avec une parfaite bonne grâce. Je ne dois pas oublier ici mon ami M. Longuet, interne des hôpitaux, dont l'érudition en matière de chirurgie m'a été d'un précieux secours et qui, en outre, s'est plu à me donner de nombreux conseils pour la rédaction de ce travail. Je lui en suis très reconnaissant.

DÉFINITION

Par *énucléation* des kystes hydatiques du foie, il faut entendre une opération qui consiste, le ventre une fois ouvert, à extraire du parenchyme hépatique ou des tissus ambiants la *totalité de la paroi kystique*, après en avoir ou non évacué préalablement le contenu, extraction qui est obtenue grâce à un travail de simple *décollement*, ou de *dissection*, ou même de *décortication*, suivant les caractères anatomiques du kyste. — Au seuil même de cette étude, il importe, croyons-nous, de bien préciser les données de cette définition, afin de faire un départ entre ce qui est ou n'est pas l'énucléation. Et bien des auteurs se sont en effet mépris sur la valeur du terme qu'ils employaient. C'est ainsi que l'*extirpation totale* est souvent prise dans le sens d'*énucléation*; il en est de même de la *décortication*. Or, c'est une faute que d'accorder à toutes ces dénominations la même valeur, et c'est pour ne pas s'être astreint à une terminologie exacte que certains auteurs ont vu leurs observations mal classées. Ainsi, il n'est point rare d'employer dans le sens d'*énucléation*, le terme *extirpation*. Et

cependant ces deux termes n'ont pas la même compréhension. L'*énucléation* d'un kyste hydatique du foie est forcément une *extirpation*, mais toute *extirpation* n'est pas une énucléation. Je prends trois exemples : *M. Segond* (Th. Potherat, p. 81) se trouve en présence d'un kyste antéro-inférieur pédiculisé. Il vide la tumeur, l'attire au dehors, sectionne son pédicule qu'il fixe à la paroi. Cette conduite est celle qu'on tient dans les kystes de l'ovaire ou dans les collections suppurées salpingiennes. Même conduite a été tenue dans un cas analogue par *M. Terrier* et dans un autre cas par *M. Lucas Championnière*. Ce sont là des *extirpations* et non des *énucléations*, et les conditions opératoires sont tout autres. Il y a entre l'*extirpation* des kystes hydatiques et l'*énucléation* de ces kystes exactement la même différence qu'entre l'*extirpation* d'un kyste de l'ovaire et l'*énucléation* d'un kyste paraovarien du ligament large. On sait combien, alors, la conduite est variable, puisque, dans le premier cas, la paroi kystique est enlevée avec le péritoine qui la recouvre, tandis que dans le second, la paroi est disséquée en dedans de la séreuse qui la tapisse. Après l'*extirpation* d'un kyste hydatique, il persiste une partie de la poche, son *pédicule*, qui peut devenir une source de récédive, s'il contient encore quelque hydatide vivante. Après l'*énucléation*, la *totalité* de la poche a disparu. Voilà pourquoi *extirpation* n'est pas *énucléation*. Ainsi, les cas de *MM. Lucas Championnière, Pozzi, Marchand*, et à l'étranger de *Whitehead, Tansini*, etc., qui nous sont rapportés comme des cas d'*extirpation*, sont en réalité des *énucléations* et rentrent pleinement dans cette étude.

D'autre part, l'*énucléation* n'est pas toujours une *décortication*, opération qui imprime toujours l'idée de tissus

résistants, comme c'est le cas, par exemple, dans la pachy-vaginalite. L'opération que préconisait *Gosselin* est bien un type de décortication. Au contraire, il est à peine besoin de faire remarquer combien la paroi d'un kyste hydatique peut être mince et molle, combien aussi le parenchyme hépatique qui l'entoure ou plus exactement la membrane hépatique périkystique est d'épaisseur et de consistance variable; condition de grande importance, selon nous, car de sa faible rigidité, nous tirerons profit pour recommander comme complément de l'énucléation la fermeture de la loge hépatique maintenant déshabillée. C'est dire que, dans les cas de parois kystiques et périkystiques rigides, et seulement dans ces cas, l'énucléation est susceptible d'être obtenue par *décortication*, c'est-à-dire par une manœuvre le plus souvent purement digitale et facile, tandis qu'ailleurs l'énucléation ne pourra être menée à bien qu'à l'aide d'une *dissection* minutieuse. En d'autres termes, la *décortication* comme la *dissection* ne sont que deux manœuvres opératoires, toutes deux applicables, soit dans des cas différents, soit alternativement dans chaque cas, dans le but commun d'arriver au même résultat : l'*énucléation*.

Je laisse de côté les *extirpations incomplètes* suivies de *résections partielles* de la poche qui, souvent, ont été en partie accompagnées de tentatives d'énucléation, bien vite reconnues impossible. Ces opérations n'ont rien de commun avec l'énucléation qui consiste toujours en une *ablation totale*.

Enfin, je dois faire remarquer que l'*énucléation* ne peut s'appliquer qu'à des kystes *inclus en totalité ou en leur plus grande partie* dans le parenchyme hépatique ou les tissus

ambiants, car on ne saurait parler d'énucléation d'un kyste qui n'adhère au foie que par une minime partie de sa surface. Opératoirement, cette courte dissection dans le parenchyme hépatique ou les tissus ambiants, ne devient plus qu'un temps accessoire de l'opération ; elle ne constitue plus qu'une manœuvre facile et sans intérêt qu'on ne peut, dans les statistiques, mettre au même plan qu'une dissection souvent lente et pénible de la *totalité* ou de la *majorité* de la poche. Voilà pourquoi, dans l'énucléation vraie, la poche incluse en majorité ou en totalité n'est souvent abordable qu'après une incision préalable dans le parenchyme hépatique, pourquoi l'énucléation réclame dans certaines circonstances et comme temps préliminaire l'*hépatotomie* ou l'*hépatectomie*. S'il nous fallait, pour fixer les idées, prendre une comparaison du domaine chirurgical, c'est de l'opération prônée par *Socin* et ses élèves pour les goîtres que nous rapprocherions l'énucléation des kystes hydatiques du foie.

Tous ces préambules ont leur importance et sont basés sur des considérations purement opératoires qui tiendront leur place dans ce petit chapitre de la chirurgie abdominale. De cette digression, résulte que l'énucléation des kystes hydatiques rentre dans la classe des opérations dites *cures radicales*, qu'elle supprime tout le mal et rien que le mal, que, restituant ensuite les choses en leur état primitif, elle réalise tous les desiderata. C'est l'opération *idéale*, telle qu'on doit la désirer, vers laquelle tendront les progrès de la chirurgie abdominale. Mais hâtons-nous de dire que cet idéal n'est encore que bien rarement atteint malgré la technique et que par l'avenir, elle ne sera sans doute jamais l'opération courante, parce que les kystes sont tellement

polymorphes qu'eux seuls dictent la règle de conduite. Je me garderai bien d'établir un parallèle entre les procédés ordinaires de *marsupialisation avec ou sans résection partielle* de la poche, c'est-à-dire, en somme, la méthode devenue courante de Landau-Lindemann et l'*énucléation*, car ce sont, je crois, deux opérations qui ont chacune leurs indications différentes et il n'entre nullement dans mon esprit de tenter de suppléer celle-ci à celle-là.

HISTORIQUE

Le 7 mai 1885, un chirurgien anglais, *Lawson Tait* (1), pratiquait le premier, croyons-nous, une énucléation de kyste hydatique du foie. Chacun a lu le compte-rendu de cette opération restée célèbre et pratiquée sur un Professeur agrégé de la Faculté de Paris. L'opéré qui voulut bien communiquer sa propre observation nous dit lui-même que « les parois du kyste furent enlevées ». Presque en même temps, un chirurgien français, *Lucas Championnière* (2), faisait lui aussi, le 22 juillet de la même année, une intervention du même ordre. Bien que cette intervention fût intitulée par l'auteur : *Extirpation totale* d'un kyste hydatique, elle consista cependant en une véritable *énucléation* comme le prouve le passage ci-joint : « On disséqua la poche, et « cette dissection fut très laborieuse, l'épiploon était adhé-
« rent à toute la surface de la tumeur, une anse intestinale
« était si intimement attachée à la paroi qu'il fallut *sculpter*

(1) Lawson Tait, Observation de Budin. *In thèse de Braine*, p. 56, 1886.

(2) Lucas Championnière. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1885.

« sur elle pendant un parcours de 15 centimètres. »

Malgré ces difficultés, la poche fut enlevée complètement, et il est bien manifeste que ce kyste fut énucléé et du magma péritonéo-intestinal et du parenchyme hépatique qui le recouvraient.

Il y a donc dix ans à peine que l'énucléation fit son entrée dans la thérapeutique des kystes hydatiques. Depuis, on l'a pratiquée un petit nombre de fois ; chaque année vit paraître quelques rares observations, et pour tracer l'histoire de cette opération toute nouvelle, nous n'aurons qu'à signaler les quelques noms que nous avons pu réunir : c'est en 1886, celui de *Whitehead* (1) qui, tombant sur une paroi kystique molle et friable, épaisse d'un millimètre, réussit par des manœuvres soigneusement faites à l'enlever complètement. L'année d'après, *M. Pozzi* (2) donna, au Congrès français de chirurgie la relation d'un cas bien connu dans lequel le chirurgien se trouva aux prises avec les plus grandes difficultés : friabilité de la poche et par suite sa fréquente rupture, ouverture de vaisseaux hépatiques donnant lieu à de sérieuses hémorrhagies, nécessité d'inciser une languette de foie qui masquait la tumeur, etc. Il n'est pas sans intérêt de noter que l'opération avait été entreprise dans le but de faire une excision de la paroi, et que c'est par suite de l'impossibilité de mener à bien cette intervention que la déchirure de la poche rendait impraticable, que l'opérateur songea sur le champ à énucléer la tumeur comme un kyste du ligament large. Mais *M. Pozzi*, instruit par ces difficultés, ne fut pas bien enthousiasmé par ce nouveau mode de traitement, et lorsqu'il parle de cette

(1) *Whitehead. Manchester Royal Infirmary.*

(2) *Pozzi. Congrès français de chirurgie, t. III, 1888.*

énucléation, il a bien soin de dire « qu'il n'a pas pour but de préconiser l'extirpation des kystes hydatiques du foie comme procédé de choix ». Ce qu'il veut faire ressortir, « c'est la difficulté qui peut se présenter au chirurgien dans certaines circonstances déterminées, c'est aussi la bénignité d'une telle opération qui est en apparence bien téméraire. »

Mais en fait de kystes hydatiques, tous les cas ne se ressemblent guère devant le chirurgien, et un auteur anglais, *Bruce Clarke* (1), ayant la bonne fortune de tomber sur une série heureuse, se montrait bien optimiste. Trois fois de suite et à quelques mois de distance, cet auteur eut affaire à des parois qui se laissaient promptement décoller des parties environnantes. Un de ses opérés eut même, quelques mois plus tard, un deuxième kyste qui fut également enlevé par le même procédé et avec la même facilité, ce qui porte à 4 la statistique de cet opérateur favorisé. Vient ensuite un cas de *Marchand* (2) qui semble avoir été pénible. La tumeur était recouverte de nombreuses adhérences épiploïques, de nombreuses adhérences intestinales mésentériques, spléniques. La paroi du kyste très résistante était infiltrée de sels calcaires. A l'exemple de *M. Pozzi*, l'auteur fut amené à pratiquer l'extirpation par nécessité : la coque rigide du kyste ne pouvant revenir sur elle-même, il fallut abandonner l'idée de marsupialiser, c'est à l'énucléation qu'on eut recours, et on parvint à mener à bien cette tentative par une dissection minutieuse. Citons enfin le cas de *Tansini* (3), relatif à une extirpation totale de

(1) Bruce Clarke. *British medical Journal*, 1893, t. I, p. 690.

(2) Marchand. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1893, t. XIX, p. 172.

(3) Tansini. *Riforma medica*, t. I, 1893, p. 439.

kyste hydatique, accompagnée d'une résection du lobe gauche du foie.

Ce sont là les rares exemples d'énucléation que nous ayons pu colliger. Le nombre de ces opérations se porte donc à 10. Ce sont, par ordre chronologique, celles de *Lawson Tait*, *Lucas Championnière*, *Withehead*, *Pozzi* qui firent chacun une énucléation, *Clarke* qui, à lui seul, en fit quatre, *Marchand*, *Tansini*, qui en eurent chacun un cas. Ajoutons notre cas personnel, ce qui portera à onze le nombre des opérations dont nous allons essayer de donner le manuel opératoire, les indications, les résultats, en nous appuyant sur la connaissance de ces cas.

Nous laissons de côté naturellement un cas de *Vallas* (1) où la tentative d'énucléation fut infructueuse, et où, par un bienheureux hasard, on retrouva, dans le pansement, la poche qui s'était énucléée d'elle-même. Nous ne saurions tabler avec ce cas pas plus qu'avec trois autres dans lesquels l'opérateur songea, ou même tenta de faire l'énucléation sans pouvoir y parvenir. Ces cas appartiennent à *Bouilly* (2), à *Monod* (3), *Knowsley Thornton* (4). Il nous reste à signaler encore d'autres faits, sans doute relatifs à des énucléations mais qui nous ont paru peu probants. Tel ce fait de *Fitz Gerald* (5) qui enleva en même temps qu'une tumeur hydatique la capsule fibreuse qui la recouvrait. Ce kyste avait des connexions avec le foie et l'épiploon. S'agissait-il là

(1) *Vallas*. *Province médicale*, Lyon, 1893.

(2) *Bouilly*. *In thèse Potherat*. Observation L, p. 83, 1889.

(3) *Monod*. *In thèse de Braine*. Observation VIII, p. 83, 1886.

(4) *In thèse de Braine*, 1886. Observation VII, p. 79.

(5) *Fitz Gerald*. *Australasian medical journal*, of Melbourne, 25 mars 1880.

d'un kyste hydatique du foie? Tels encore les faits de *Whitcombe* (1), de *Hinkeldeyn* (2) qui sont relatifs à des kystes de l'abdomen plutôt qu'à des kystes du foie. Enfin l'énucléation de *Spiegelberg* (3) concerne un kyste hydatique non du foie, mais de la rate. Ajoutons que deux observations nous échappent parce que nous n'avons pu nous procurer ni l'original, ni la traduction. Ce sont : celle de *Martin* (4) qu'on cherchera dans le *Birmingham med. rev.*, 1892, t. XXXII, p. 292, elle concerne une énucléation de kyste hydatique du foie, et celle de *Tricomi* (5) et *T. Vallegia* publiée dans le *Térapeut. mod. Padova*, 1894, v. 393-397, relative à une extirpation complète d'un kyste hydatique du foie, avec suture du tissu hépatique et suivie de guérison. Voir aussi une observation de *Tansini*, *Gazz. med. lomb. Milano*, 92, LI, p. 228 : *Cisti alveolare da echinococco del fegato. Estirpazione totale della cisti con resezione parziale del lobo sinistro; guarigione.*

(1) *Whitcombe. Australasian med. journ.*, oct. 15, 1885.

(2) *Hinkeldeyn. Australasian med. journ.* oct. 15, 1885.

(3) *Spiegelberg. Australasian med. journ.* oct. 15, 1885.

(4) *Martin. Cyst of the liver.* Enucléation.

(5) *Tricomi et T. Vallegia. Estirpazione totale di una cisti d'echinococco del fegato; sutura del tessuto epatico; guarigione.*

MANUEL OPÉRATOIRE

Pour être menée à bien, l'énucléation des kystes hydatiques du foie nécessite un certain nombre de temps qui les uns sont communs à tous les procédés dits *en un temps*, les autres sont absolument particuliers à la manœuvre d'*extirpation totale* de la poche. Les premiers ne sauraient nous attarder, les seconds seuls nous intéresseront plus particulièrement.

I^{er} TEMPS. — *Laparotomie*. — Il serait déplacé de nous étendre ici sur la laparotomie qui convient aux énucléations parce que cette laparotomie est en tout semblable à celle qu'on pratique pour les autres procédés chirurgicaux appliqués aux kystes du foie. Et cela se conçoit, si l'on a présent à l'esprit ce fait, que tous les opérateurs qui firent des énucléations entreprirent d'abord l'opération dans le but de faire la méthode de *Landau-Lindemann* avec ou sans résection partielle de la poche ; ce n'est que lorsque le ventre fut ouvert, ce n'est que lorsque le chirurgien eut

reconnu la disposition anatomique du kyste et ses principaux caractères, qu'il tenta d'enucléer la tumeur. Des onze faits que nous avons recueillis, quelques observations seulement donnent des renseignements sur ce temps opératoire. *Pozzi, Marchand, Ricard* firent la laparotomie médiane sus-ombilicale. *Witehead* pratiqua une incision de 5 centimètres, parallèle et un peu au-dessous du rebord costal droit. *Bruce Clarke* choisit le point culminant de la tumeur, et d'une manière générale, c'est au niveau de la tumeur qu'il incisa la paroi dans ses 4 cas. La seule considération qui mérite de nous arrêter ici, c'est que, vraisemblablement, l'enucléation ne sera jamais possible que dans les kystes antéro-supérieurs ou antéro-inférieurs, c'est-à-dire les seuls qui soient susceptibles d'être abordés par la laparotomie simple. Il nous semble que, dans les autres variétés, l'enucléation n'est pas applicable. Lorsqu'on aborde le kyste soit par une résection thoracique ou, par voie lombaire, ou par voie transpleuro-péritonéale, il est bien évident que le chirurgien n'est pas à même de faire une manœuvre pénible de dessection, étant donnée la profondeur dans laquelle il agit. Si cependant, il y réussissait, le fait n'en resterait pas moins exceptionnel. Quoiqu'il en soit, le ventre ouvert, l'opérateur se mettra en demeure de protéger la grande cavité péritonéale, soit en suturant le péritoine hépatique à la paroi, soit plus simplement en glissant toute une couronne d'éponges ou de compresses montées entre la paroi abdominale et le foie, tout autour du foyer opératoire qu'il va créer.

II^e TEMPS. — *Hepatotomie ou hepatectomie*. — Ce temps n'est nécessaire que pour certaines variétés de kystes recouverts

d'une bande de tissu hépatique. *Pozzi*, par exemple dut dans son cas inciser quelques centimètres de parenchyme. Comme manœuvre complémentaire, cette incision réclame une hémostase de la surface saignante ainsi créée. On l'obtiendra soit par le thermocautère, soit par un tamponnement à la *Mikulitz* durant quelques instants. Il se peut aussi qu'une ponction soit nécessaire pour découvrir le kyste très profondément inclus. Mais tout cela concerne le traitement chirurgical des kystes en général et non l'énucléation.

III^e TEMPS. — *L'énucléation*. — Il est assez difficile de la décrire, car à la lecture des faits, elle semble avoir varié suivant chaque cas, ou même au cours de la même intervention. On peut dire qu'elle est avant tout subordonnée aux caractères anatomiques de la poche, principalement à sa consistance. Cette séparation peut être obtenue suivant les cas par simple *décollement* ou par *dissection*, ou par *décortication*. Après avoir ponctionné préalablement la poche afin d'en diminuer le volume et d'en amener la rétraction, rétraction qui constitue déjà une sorte d'amorce à la dissection, ou bien après l'avoir ouvert largement au bistouri afin de rendre l'évacuation beaucoup plus rapide, le chirurgien se met en demeure de pratiquer l'énucléation s'il la reconnaît possible, soit par suite de la résistance suffisante de la poche (paroi ni trop molle ni trop rigide), soit par la facilité de trouver un plan de clivage. Pour ce faire, il est quelquefois bon d'introduire l'index et le médius de la main gauche dans l'intérieur du kyste et de tendre avec ces doigts la membrane par sa face interne, tandis qu'avec la main droite, armée ou non d'une pince à dissection, on

dénude sa face externe et l'on tente de séparer la membrane de tout ce qui l'entoure. Cette séparation s'obtient par le simple *décollement*, aucun instrument n'est nécessaire, les doigts font toute la besogne qui est terminée en quelques minutes et avec la plus grande facilité. Cette heureuse éventualité n'est sans doute pas une exception, si l'on en juge par la série remarquable de *Bruce Clarke*. Le plus souvent les adhérences avec l'ectocyste, ou avec le mésentère et l'intestin sont très serrées, aucun clivage ne s'établit par la traction, c'est alors qu'il faut disséquer avec la pince et les ciseaux ou le bistouri. Et qu'on le sache bien, cette dissection peut être des plus pénibles, nous avons déjà dit avec quelles difficultés *M. Pozzi* s'était trouvé aux prises. Les adhérences avec l'intestin et le mésentère demandent à être détruites avec une extrême prudence dans la crainte de dénuder l'intestin, sinon de le perforer. La perforation intestinale est une faute grave qui entraînerait comme conséquence de longues manœuvres pour la réparer. S'agit-il d'un feuillet mésentérique ou d'un méso, il faut redouter la blessure d'un gros vaisseau, car ce vaisseau nourricier supprimé peut par la suite, amener un sphacèle de l'intestin. C'est pour des cas de ce genre avec adhérences intestinales très serrées qu'il sera peut être utile de laisser parfois un fragment de membrane adhérent à l'intestin, afin d'éviter sa blessure, conduite que les gynécologues tiennent quelquefois en présence d'adhérences de l'intestin aux kystes de l'ovaire, aux fibromes ou aux poches salpingiennes. Nous ne saurions donc trop répéter que la séparation d'un kyste hydatique des feuillets intestinaux qui l'entourent, demande la plus grande prudence de la part du chirurgien. Si elle paraît quelque peu difficile, si l'opérateur n'est pas rompu

à ces manœuvres, mieux vaut en rester là et s'abstenir. C'est affaire de tact chirurgical et d'habileté, voilà pourquoi on ne pourrait ici prescrire de règle. Et cependant, toute adhérence à l'intestin n'est pas une contre-indication à l'énucléation, car, dans plusieurs de nos cas, le chirurgien a su triompher de cette difficulté et l'issue de cette conduite fut bénigne.

La séparation de l'intestin ou des feuillets nécessitera comme complément une série de ligatures à la soie fine; l'hémostase des sections épiploïques sera faite avec des soies plus résistantes. Puis vient la séparation de la paroi et du parenchyme hépatique lui-même. Cette manœuvre varie non seulement suivant les caractères anatomiques du kyste, mais aussi suivant ceux de l'ectocyste qui peut être plus ou moins rigide et surtout plus ou moins vasculaire comme l'a bien vu Giraldès. Cette dissection sera faite avec les mêmes principes que pour la dissection de l'intestin. L'hémostase du parenchyme hépatique s'obtient soit par le thermocautère, soit par la compression momentanée, par le tamponnement iodoformé à la *Mikulitz*.

La *décortication* convient aux cas où la paroi et les tissus ambiants offrent une certaine rigidité. Elle sera souvent faite avec les doigts seulement et assez rapidement, car ces tissus rigides seront peu saignants et n'arrêteront guère pour l'hémostase. C'est ainsi qu'en s'aidant de ces différents moyens, en les employant tour à tour, on arrivera à séparer la totalité de la paroi kystique, à extraire toute la tumeur généralement en une seule pièce et après l'ablation, celle-ci s'offre comme une poche régulièrement sphérique dont on n'aperçoit qu'une seule déhiscence, celle qui a été faite au début de l'énucléation par le chirurgien pour éva-

cuer et rétracter le contenu. Il est inutile d'ajouter que les différents cas ne se ressemblent pas, soit comme difficulté d'exécution, soit comme durée. Notons que les cas les plus défavorables au point de vue de la dissection sont aussi ceux qui demandent le plus de soin pour l'hémostase et par là même les dissections difficiles sont doublement augmentées en durée, facteur si important en chirurgie abdominale, et dont le chirurgien doit toujours tenir compte. Donc, il faut être prévenu et l'on peut être arrêté par quelque obstacle imprévu. Nous ne sachons pas qu'un opérateur ait pu, de propos délibéré, entreprendre l'opération avec l'intention bien arrêtée d'avance de faire une *énucléation*. Il est impossible de prévoir à travers la paroi abdominale intacte si les conditions requises pour ce *modus faciendi* seront toutes réalisées, et même le ventre ouvert, on est encore parfois bien embarrassé pour prendre un parti. Mais ce que nous savons en revanche, c'est qu'au cours de certaines interventions, le chirurgien ayant songé à l'*énucléation* ne put la mener à bien, soit parce que, à l'exemple de *Knowsley Thornton*, il redouta l'hémorrhagie, soit parce que, comme dans les cas de *Monod* ou celui de *Bouilly*, les adhérences se montrèrent trop étendues.

IV^e TEMPS. — *Fermeture de la loge hépatique*. — Mais, je suppose, le cas a été favorable, la dissection a été facile et la poche entière a été extraite du foie, l'opérateur a à sa disposition deux méthodes de valeur inégale. Il peut, après avoir parfait à son hémostase, se borner à laisser les choses en place, à suturer les lèvres de la plaie hépatique aux lèvres de l'abdomen et à refermer partiellement la paroi; il placera plusieurs drains dans la vaste brèche qui persiste.

Ainsi firent *Lawson Tait*, *Bruce Clarke*, etc. Cette conduite est passible de plus d'un reproche. Les points faibles d'une pareille manière de faire se devinent facilement : c'est la possibilité d'*hémorrhagies secondaires* à la chute des escharres superficielles, mais étendues, produites par le thermocautère auquel on a eu recours comme procédé d'hémostase primitive.

C'est la possibilité d'une *cholerrhagie*, lorsque, pour les mêmes raisons, les fins réseaux biliaires s'ouvriront dans la cavité hépatique par suite de la dénudation et de l'élimination de leurs parois. Cet écoulement de bile, s'il provient de gros canaux pourra même subsister indéfiniment ou bien très longtemps. A ce point de vue, cette terminaison par *fistule biliaire* avec toutes ses conséquences, *depérissement*, *troubles digestifs* et pour l'avenir l'*éventration*, est un résultat commun à la *marsupialisation* et à l'*énucléation*. Enfin cette caverne hépatique où séjourne la bile, excellent milieu bactéricole, est destinée à s'infecter et à *suppurer*. Et de fait, voici par exemple le cas de *Whitehead*, il est mentionné que le malade conservait encore sa fistule trois mois après l'opération et par où s'écoulait « du pus de bonne nature. » Dans ce même cas, il se produisit aussi une hémorrhagie secondaire quelques semaines après l'intervention, l'hémorrhagie qui venait de la cavité hépatique était abondante et par caillots. D'autres observations ne donnent aucun renseignement sur la destinée de la brèche laissée après l'énucléation. Ajoutons que cette manœuvre qui consiste à *suturer les bords de la plaie du foie à ceux de la plaie abdominale* pour si simple qu'elle puisse paraître, est quelquefois difficile. *Bruce Clarke*, dont nous avons déjà signalé le rare bonheur, ne rencontra pour toute difficulté dans ses

quatre cas d'énucléation, qu'une seule complication dans l'un d'eux : ce fut précisément la difficulté de suturer les bords de la cavité à la paroi abdominale.

Infiniment supérieure à la précédente, la conduite tenue pour la première fois par *M. Pozzi* nous semble, à tous les points de vue, recommandable ; aussi, nous ne craignons pas de la conseiller dans tous les cas où elle sera possible. Après l'énucléation de la poche kystique, cet opérateur songea, pour combler la vaste loge hépatique qui résultait de la suppression du kyste, à en rapprocher les parois l'une à l'autre par des sutures à étages et à fils perdus. Des premiers points furent passés dans le parenchyme hépatique et d'une paroi à l'autre de la poche. Ces fils hépato-hépatiques furent abandonnés dans le foie, puis les lèvres péritonéales de la brèche hépatique furent ensuite suturées l'une à l'autre par des fils séro-séreux.

Cet ingénieux procédé offre sur le précédent, comme on voit, de sérieux avantages. En outre qu'il restitue les organes *en leur état primitif*, il ferme la route à la fois à l'*infection ascendante* par les voies biliaires, à l'*hémorrhagie* primitive et secondaire, primitive car les fils hépato-hépatiques sont en même temps hémostatiques, à la *cholerrhagie* et par suite à la *fistule biliaire* et aux *suppurations pyo-biliaires*. D'ailleurs, une conduite analogue a été tenue par *Tansini*, par *M. Ricard*, et ils n'eurent qu'à s'en louer. Il est probable qu'une rigidité extrême de la poche est un obstacle à cet accolement hépatique ; cependant *Tansini* réussit à le pratiquer, bien que dans son cas la paroi fût chitineuse.

Pour ce qui concerne le restant de la loge kystique dans sa partie péritonéo-intestinale, on pourra, si l'on n'a aucune crainte d'infection, la laisser simplement en place ; si, au

contraire, on redoute quelque accident septique, il convient de s'assurer de la *parfaite continuité* de cette logette formée de tissu péritonéo-intestinal; au besoin, on la complètera par quelques sutures afin de bien garantir le péritoine. Cette loge une fois bien isolée de la cavité péritonéale, un drain entouré de gaze iodoformée sera placé au centre, et l'on se trouvera ainsi dans des conditions analogues à celles que crée de propos délibéré, dans un certain nombre de cas, un opérateur des plus compétents en chirurgie du foie, *M. Terrier*.

TEMPS ACCESSOIRE. — *Drainage*. — Dans presque tous les cas que nous relatons dans cette thèse, l'opération s'est terminée par drainage; prudente conduite qu'on ne saura jamais trop recommander pour peu que quelque source de contamination soit soupçonnée. Cependant, il y a mieux encore et l'on a pu (ce qui fait de l'énucléation une opération presque idéale) *suturer séparément le foie*, le réduire dans l'abdomen sans lui fournir aucune connexion avec la paroi abdominale et par dessus *fermer totalement l'incision abdominale*. C'est dire qu'alors la guérison est obtenue en quelques jours, énorme avantage sur la marsupialisation. *M. Tansini* agit ainsi. *M. Ricard* ferma de même l'abdomen sans aucun drainage, absolument comme on le fait pour beaucoup de salpingites.

Bien entendu, cette conduite n'est autorisée que si la plaie hépatique est *hermétiquement fermée* si le kyste contenait un liquide absolument cristal de roche, c'est-à-dire *non infecté*, tout liquide kystique suppuré étant au contraire une indication au drainage. Qu'on veuille bien considérer que la malade de *Tansini*, ainsi traitée, quitta la clinique le

17^e jour, absolument guérie, et l'on reconnaîtra que ce chirurgien procura à sa malade, par l'énucléation, un grand bienfait, car s'il avait fait simplement la *marsupialisation*, le même kyste eût exigé au moins quelques mois pour son entière cicatrisation. *M. Ricard* eut la même satisfaction, la guérison était complète le 8^e jour. De tels faits, s'ils se renouvellent, parlent d'eux-mêmes et nous disent clairement que l'énucléation mérite de prendre une haute place dans la thérapeutique des kystes hydatiques du foie, tant par la rapidité de la guérison que par les avantages *immédiats* (hémostase plus sûre) ou *éloignés* (absence de cholerrhagie et de suppuration, absence d'éventration) qu'elle semble nous prédire.

INDICATIONS

ET CONTRE INDICATIONS

Il serait prématuré de donner sous forme de lois les indications et contre-indications de l'*énucléation*. En effet, nous ne disposons que de onze faits; ce nombre est insuffisant pour nous autoriser à formuler de fermes conclusions, aussi ne voulons-nous ouvrir ici qu'un chapitre d'attente. Toutes les considérations dans lesquelles nous pourrions entrer ne seraient que purement théoriques, et plus tard, lorsque les faits viendront en grand nombre, seuls ils dicteront la conduite. Qu'il nous soit cependant permis de poser quelques jalons.

I. — L'*énucléation* n'est applicable qu'aux *kystes dont l'accès est facile*. Nous avons nommé les kystes antéro-supérieurs et antéro-inférieurs. Pour ce qui concerne les autres, ils sont, par leur siège, si profonds qu'il est parfois bien difficile d'en amener la paroi jusqu'à la peau pour faire une collerette et cela quelque large que soit la voie d'accès que le chirurgien se crée préalablement. La *marsupialisation* étant

difficile, osera-t-on tenter une *énucléation* ? Ce sera peut-être possible dans quelques cas, ce sera sans doute toujours exceptionnel.

II. — On peut encore dire que les kystes *uniloculaires* ou *pauciloculaires* auront seuls quelques chances d'être énucléés. Et de fait, tous nos cas concernent des poches quelquefois vastes, mais toujours uniques; seul *Tansini* réussit à énucléer un kyste formé de deux cavités à parois épaisses. Il est bien certain que la dissection de kystes multiloculaires poussant d'innombrables diverticules en tous sens ne devra pas être tentée. Ne serait-ce qu'au point de vue de la durée opératoire, on ne pourra presque jamais contourner, même aux ciseaux courbes, de tortueux méandres.

III. — *L'épaisseur et la consistance* de la poche sont sans doute un des facteurs les plus importants à considérer lorsqu'on tente d'enlever totalement un kyste hydatique. A ce point de vue, les deux extrêmes sont sans doute aussi défavorables l'un que l'autre. Il sera tout aussi pénible, sinon impossible de disséquer certains kystes à paroi molle, friable et incapable de supporter la moindre traction sans se rompre que de décortiquer une paroi d'une dureté pierreuse sur laquelle ne mord qu'à grand'peine l'instrument tranchant. Cependant *Tansini* eut affaire à une paroi de un centimètre d'épaisseur et cette paroi était chitineuse; il réussit à la décortiquer complètement.

IV. — Si l'épaisseur de la paroi a une grande importance au point de vue de l'énucléation elle-même, la *consistance de la membrane conjonctive* qui entoure le kyste n'en a

pas moins pour l'avenir, car si l'ectocyste lui-même est très épais, il est à présumer que la poche une fois enlevée, il persistera une cavité dont les parois n'auront qu'une faible tendance à s'accoler. Alors, il faut le reconnaître, l'énucléation, en outre qu'elle aura été plus pénible qu'une marsu-pialisation, ne lui sera guère supérieure dans ses résultats; ce sera la même lenteur dans la guérison, la perspective d'une fistule pyobiliaire interminable.

V. — *Les adhérences aux viscères voisins* méritent d'être mises au premier rang dans la détermination qu'on a à prendre lorsque le ventre est ouvert. Les adhérences très serrées et très étendues qui soudent l'intestin à la membrane kystique, sont une complication fâcheuse et très fréquente qui suffit parfois à faire rejeter l'énucléation. On ne l'entreprendra qu'à bon escient. Il en est de même de la nécessité de supprimer ou de sectionner un méso important qui porte à l'intestin ses vaisseaux nourriciers. Ne pas oublier que s'exposer à perforer l'intestin, c'est aussi changer de suite la face de l'opération, c'est faire une opération en milieu septique si l'intestin a été ouvert, c'est en prolonger énormément la durée par des sutures intestinales. Cependant, il ne faut pas là non plus être pessimiste et voir dans les adhérences intestinales une contre-indication à l'énucléation. La preuve en est que dans le cas de *Championnière*, l'épiploon était adhérent à toute la surface de la tumeur, il avait poussé un prolongement qui traversait le mésentère dans lequel un gros trou resta béant. Une anse intestinale était si intimement attachée à la paroi qu'il fallut sculpter sur elle pendant un parcours de 15 centimètres. Néanmoins, l'énucléation réussit parfaitement.

M. Marchand eut, lui aussi affaire à de nombreuses adhérences épiploïques *M. Bouilly*, dans un cas dut renoncer à l'énucléation, tant les adhérences étaient étendues. Même complication d'adhérences étendues à l'utérus et à l'intestin contre indiquant l'énucléation dans les cas de *Knowsley Thornton* et dans celui de *Monod*. En outre, *Knowsley Thornton* redouta l'hémorrhagie. Nous avons à dessein cité tous ces cas; ce sont pour nous autant d'enseignements, car ils nous montrent avec quels obstacles on peut se trouver aux prises. Et si *Bruce Clarke* est tombé dans ses quatre cas sur des membranes molles, sans adhérence, qui ne demandaient qu'à se détacher, par contre la plupart des autres chirurgiens comme *Championnière*, *Pozzi*, comme *Marchand*, etc., ont eu de grandes difficultés. Nous n'avons fait que signaler les difficultés qui sont consignées dans ces quelques observations; l'avenir en fera sans doute connaître d'autres qu'on ne peut prévoir.

VI. — *La suppuration du kyste*, si elle n'est pas une contre-indication absolue à l'énucléation exige au moins que, après ponction aspiratrice, la poche reste hermétiquement fermée, que toute manipulation intra-kystique soit supprimée totalement, sous peine d'inoculer tout le champ opératoire et de provoquer de terribles accidents. L'idéal en pareil cas serait d'enlever la poche en bloc, sans y pratiquer la moindre solution de continuité, tout contact avec son contenu, soit instrumental, soit digital étant une source d'inoculation. Un drainage consécutif sera en cette circonstance une mesure presque de rigueur.

VII. — *La vascularisation de l'ectocyste* est-elle une contre-indication? Nous avons vu que *Knowsley Thornton* la redouta.

Mais le chirurgien est actuellement plus familiarisé avec le parenchyme hépatique ; il sait quelles hémorrhagies la surface de section du foie peut lui donner. Il peut le plus souvent s'en rendre maître, soit par la compression à la gaze iodoformée, par un Mikulitz appliqué momentanément ; soit en promenant le thermocautère à la surface de la plaie saignante.

Ce sont là les seules considérations dans lesquelles nous avons cru devoir entrer ; il appartient à l'avenir de nous faire connaître d'autres indications et contre-indications qu'il est jusqu'à ce jour encore impossible de prévoir. En terminant, nous ajouterons que, parfois, l'énucléation peut tirer son indication de l'impossibilité de faire une marsupialisation. Nous n'en citerons comme preuve que les deux faits suivants. *M. Pozzi* ne fit l'énucléation que par nécessité. De même dans l'observation de *M. Marchand*, on lit le précieux renseignement suivant : « La paroi du kyste était infiltrée de « sels calcaires, elle ne pouvait donc revenir sur elle-même et « on dut abandonner l'idée de marsupialiser. C'est alors seulement que *M. Marchand* résolut de tenter l'énucléation. »

RÉSULTATS — APPRÉCIATIONS

Si l'on tente de retirer quelque enseignement des onze cas réunis par nous, on verra que les *résultats* de l'énucléation sont bien favorables. Et d'abord aucun de ces cas ne s'est terminé par la mort soit immédiate, soit même consécutive. On pourra sans doute nous objecter que seuls les cas favorables ont été publiés. C'est là un lieu commun. Ce reproche ne s'applique-t-il pas à toute espèce d'intervention quelle qu'elle soit. N'a-t-on pas fait les mêmes réflexions au sujet des salpingectomies, des ovariectomies, etc. Mais au point de vue local, voici ce que nous relevons :

Dans le cas n° I de *Lawson Tait*, les suites furent d'abord assez peu heureuses, dyspnée, véritable asphyxie calmée par injection de morphine. Puis dépression vaincue par du champagne. Dans les suites éloignées, il y eut une pleurésie droite. C'est seulement un an après qu'on note la guérison complète. En somme, résultat *médiocre*, différents accidents et très lente guérison.

Le cas n° II de *Lucas Championnière* est bien plus encourageant. Les suites furent bonnes. La malade guérit rapidement; elle se levait au bout de trois semaines.

Conserva-t-elle une fistule, c'est ce qu'on ne nous dit pas. Mais le résultat fut *excellent*.

Dans le cas n° III de *Whitehead*, nous notons un écoulement de bile abondant bientôt mêlé de pus, de l'ascension thermique, de l'hémorragie secondaire. En outre, la malade, revue trois mois après, n'était pas encore guérie, elle conservait encore une fistule, mais l'écoulement était naturel et d'une abondance presque insignifiante. Au demeurant, *médiocre résultat*.

Dans le cas n° IV de *Pozzi*, on lit que les suites opératoires furent très heureuses, la malade quitta l'hôpital trois mois après, complètement guérie, c'est-à-dire sans fistule. La cicatrice linéaire, résistante, était très peu visible. L'endroit où avait été placé le drain était marqué par une dépression punctiforme. Nous ajoutons que cette dépression punctiforme nous inquiète un peu, c'est une amorce d'éventration pour l'avenir, mais le résultat fut *excellent*.

Les cas n° V et VI de *Bruce Clarke* concernent le même malade opéré deux fois de deux kystes distincts du foie et tous deux par le même procédé. Il y eut chaque fois une guérison complète et rapide.

Les cas n° VII et VIII du même auteur sont aussi favorables, et ses quatre cas sont *excellents*.

Dans le cas n° IX de *Marchand*, les suites furent très bonnes, la malade sortit guérie un mois après, fut revue plusieurs fois. On lui fit une ceinture pour maintenir en bonne place son foie prolabé; son état général était très bon. Ce résultat est encore excellent.

Le cas n° X de *Tansini* est presque idéal, la malade quittait la clinique dix-sept jours après l'intervention, complètement guérie; résultat *parfait*.

Le cas n° XI de *Ricard* ne le cède en rien au précédent.

Le dixième jour, lors de l'ablation des fils, la guérison était complète, c'est-à-dire que le résultat est aussi parfait. Mais chez cette malade, il y avait un deuxième kyste, tout à fait indépendant du précédent, qui fut traité par marsupialisation dans la même séance opératoire. Ainsi donc, on fit le même jour et chez la même malade une énucléation et une marsupialisation. Il devenait aisé de comparer les résultats des deux méthodes au point de vue de la rapidité de la guérison. Trois mois après, du côté marsupialisé, la cavité n'était pas encore comblée.

En résumé sur onze cas, nous comptons deux résultats médiocres (*Lawson Tait*, *Whitehead*) et neuf résultats excellents (*Lucas Championnière*, *Bruce Clarke* (quatre cas), *Marchand*, *Tansini*, *Ricard*). Deux cas méritent une mention toute spéciale à cause de la rapidité de la guérison : ce sont ceux de *Tansini* (guérison le onzième jour), de *Ricard*, (le dixième jour). Nous tenons à faire remarquer que dans ces deux cas précisément, on a pu réaliser l'opération typique, fermer complètement la loge hépatique et abandonner le foie dans l'abdomen après réduction, enfin on supprima tout drainage.

Il est certain que l'énucléation, lorsqu'elle peut être réalisée dans les mêmes conditions que dans les cas de *MM. Tansini* et *Ricard*, c'est-à-dire avec fermeture séparée de la loge hépatique et de la paroi abdominale, sans drainage, est une opération idéale qui ne supporte pas la comparaison avec une autre méthode. Dix-sept jours après l'opération, la malade de *Tansini* quittait la clinique radicalement guérie, et celle de *M. Ricard* était, elle aussi, guérie le dixième jour de celui de ses deux kystes qui avait pu être énucléé. Donc, nous n'hésitons pas, lorsque la chose

est possible, à recommander pleinement l'énucléation, puisque tout autre procédé, une marsupialisation par exemple eût exigé au moins plusieurs semaines pour laisser granuler la poche jusqu'à occlusion et qu'elle eût peut-être été suivie d'une fistule biliaire et d'accidents suppuratifs; enfin qu'elle eût constitué une cicatrice disgracieuse, point de départ possible d'éventration comme toutes les poches pour lesquelles il est fait une collerette. Mais ce ne sont là sans doute que des faits exceptionnels beaucoup trop beaux et avec lesquels on ne saurait tabler pour bien se faire une idée exacte de l'opération dont il s'agit.

Mieux vaut donc, pour juger sainement, ne considérer que les cas *moyens*, ceux qui opératoirement ont été d'une moyenne difficulté. Or, ces faits nous séduisent beaucoup pour les raisons suivantes que nous avons à faire valoir :

1° *L'énucléation* peut amener une *guérison plus rapide* que tout autre procédé. Si l'on a soin de fermer la loge hépatique à la façon de *Tansini*, de *Pozzi*, on diminue au minimum la cavité destinée à se combler. La même poche marsupialisée réclamerait, étant données ses plus vastes dimensions, un temps beaucoup plus long, à moins que, comme dans la marsupialisation de Vallas, la poche ne veuille bien s'énucléer d'elle-même et s'éliminer toute entière dans le pansement.

2° *L'énucléation*, suivie de fermeture de la loge hépatique; supprime dans la mesure du possible la *cholerrhagie* avec toutes ses suites, *amaigrissement*, *troubles digestifs*; et si l'écoulement de bile est minime, moins grandes sont les chances d'une *fistule biliaire*.

3° *L'énucléation* avec suture hépatique réduit au minimum les *accidents suppuratifs*, parce qu'elle diminue, sinon supprime tout espace mort où pourraient séjourner bile, sang ou sérosité qui stagnent et s'infectent.

4° *L'énucléation* suivie de fermeture de la poche supprime les *accidents d'hémorrhagie secondaire* produite par l'élimination des escharres superficielles mais étendues qui se forment à la surface de la brèche hépatique.

5° *L'énucléation* enfin supprime toute *récidive* puisque la poche est totalement enlevée.

Ce sont là d'extrêmes avantages qui procureront au malade de grands bénéfices. Aussi, une telle opération, lorsqu'elle peut être menée à bien, c'est-à-dire lorsqu'elle est suivie de la fermeture de la loge hépatique, est certainement digne d'entrer dans la pratique chirurgicale. Il n'en est pas de même lorsque le temps de fermeture du foie n'est pas réalisable, car alors l'énucléation n'offre guère d'avantage sur la simple marsupialisation dont elle partage tous les inconvénients : lenteur de la cicatrisation, suppuration, cholerrhagie et hémorrhagie secondaire. Peut-être même est-elle dans ce cas inférieure à la marsupialisation parce qu'elle constitue pour le malade une opération plus périlleuse, plus longue, partant plus susceptible d'inoculation et de septicémie. Aussi ne devons-nous pas nous étonner de voir porter sur cette opération une appréciation souvent sévère. Écoutons ce qu'à ce sujet nous disent différents auteurs : « Le *danger* de la méthode sanglante, dit *M. Gaillard* (1) dans un récent article, est augmenté lorsque les kystes sont inclus dans le parenchyme au lieu d'être saillants à la surface. *Pozzi* a réussi à

(1) Gaillard. *Médecine moderne*, 2 juin 1894.

extirper complètement un kyste qu'il n'a pu aborder qu'en traversant deux centimètres de parenchyme hépatique chez une femme de trente-quatre ans, mais l'opération a été fort délicate, Michaud dans un cas de kyste inclus pratiqua l'hépatotomie au thermocautère, mais il ouvrit des vaisseaux volumineux et dut terminer par la ponction. L'extirpation des kystes hydatiques serait l'opération de choix, mais elle n'est pas souvent praticable. Elle s'adresse spécialement aux kystes pédiculisés. Elle est *dangereuse* quand il s'agit de kystes inclus. Nous croyons cette formule exagérée et l'appréciation un peu trop médicale. Les énucléations que nous relatons ne parlent pas dans ce sens et n'ont pas été aussi dangereuses que ne le redoute *M. Gail-lard*. Faut-il rappeler que jusqu'ici la mortalité est nulle et la vie du malade ne semble même jamais avoir été compromise. Nous tenons au contraire à faire remarquer avec *Pozzi* que « les suites de pareilles interventions en apparences si téméraires ont été marquées par une incroyable bénignité. » Dire avec *John Davies Thomas* (1) que ces opérations peuvent être regardées comme ultra-radicales, en conséquence de leur gravité et du nombre limité de cas où elles sont regardées comme possible, c'est jeter une note trop sombre. Donc sans porter de jugement définitif, nous devons cependant remercier la chirurgie « d'avoir été encore plus loin en démontrant que dans certains cas on pouvait énucléer les kystes en totalité ou même réséquer la zone de tissu hépatique envahie par la dégénérescence kystique » (2). Notre conclusion, c'est que l'*énucléation*

(1) John Davies Thomas. *International med. Congress of Australia*, 1889, p. 352.

(2) Segond. *Traité de chirurgie de Duplay-Reclus*, t. VII, p. 296.

mérite de prendre place dans la thérapeutique chirurgicale des kystes hydatiques du foie à côté du procédé de *marsupialisation* ou d'*extirpation*.

CONCLUSIONS

Voici en quels termes nous formulerons les conclusions de ce travail :

1° L'*énucléation* des kystes hydatiques du foie pratiquée par Lawson Tait, Championnière, Whitehead, Pozzi, etc., offre dans son *manuel opératoire* des difficultés extrêmement variables suivant chaque cas, ou même dans le même cas suivant les différentes régions de la poche. Elle a été d'une exécution tantôt extrêmement facile (4 cas de Bruce Clarke), tantôt facile (cas de Tansini, de Ricard), tantôt au contraire pénible (L. Championnière, Pozzi), ou même impossible (Bouilly, Monod, Knowsley, Thornton). L'*énucléation* typique doit comprendre deux manœuvres spéciales ?

α L'une d'*énucléation* proprement dite qui se fait soit par simple décollement, par dissection ou par décortication.

β L'autre, complémentaire de la précédente qu'il faut appliquer chaque fois que les parois de la loge hépatique déshabillée le permettront (souplesse de l'ectocyste), consiste à *fermer cette loge* par des fils perdus les uns hépato-hépatiques, les autres séro-séreux, c'est réaliser du coup un triple but ; c'est fermer la route aux hémorrhagies

secondaires, à la cholerrhagie, à l'infection ascendante par les voies biliaires ou à l'infection venue du dehors.

II^o L'*énucléation* des kystes hydatiques du foie est un procédé du groupe des opérations dites *cures radicales*, c'est-à-dire qu'elle est l'*idéal* vers lequel tend la chirurgie. Mais en pratique, elle ne restera jamais qu'un *procédé d'exception* quels que soient les procédés de la technique, parce qu'elle réclame, pour être menée à bien, tout un ensemble de conditions assez rarement présentes. Ses indications se tirent des caractères anatomiques du kyste et des tissus ambiants : siège du kyste pas trop profond, paroi kystique suffisamment résistante, pas trop friable ni trop consistante, ectocyste parfaitement souple, faible vascularité des tissus ambiants, uniloculation, tout au plus pauciloculation de la poche, adhérences intestinales, mésentériques peu étendues. Elle est contre-indiquée dans tous les cas contraires de siège profond du kyste, de multiloculation, de paroi kystique trop molle ou trop rigide, de paroi ectocystique trop rigide et ne permettant pas l'occlusion de la brèche hépatique, dans les cas d'adhérences intestinales très serrées et très étendues ou de vascularisation extrême des tissus ambiants qu'il faut sectionner pendant le travail d'énucléation. Dans quelques cas, l'énucléation reçoit une indication inattendue de l'impossibilité de faire une marsupialisation dans des conditions satisfaisantes (cas de Pozzi, de Marchand). Il appartient à l'avenir de nous fixer d'autres indications qui ne pourraient être, quant à présent, que purement théoriques.

III. — Cette opération a donné sur onze cas une mortalité nulle, deux résultats médiocres (Lawson Tait, Withead), neuf résultats excellents (L. Championnière, Pozzi, Bruce,

Clarke (4 cas), Tansini, Ricard). Il y a au point de vue du résultat une notable supériorité entre les dernières opérations et les premières. Les deux derniers cas ont été suivis d'une guérison complète en dix-sept jours (Tansini), en dix jours (Ricard). Cette supériorité (extrême rapidité de la guérison complète) semble due α à ce qu'on a pu combler parfaitement la loge hépatique et ne laisser subsister aucun espace mort, β à ce qu'aucun drainage n'a été employé, conduite justifiée par la suppression de toute cavité et par les caractères aseptiques bien connus de la poche qu'on énuclée.

IV. — *L'énucléation typique*, c'est-à-dire suivie de fermeture de la loge hépatique, a comme précieux avantages :
 α d'amener une guérison extrêmement rapide;

β D'éviter la cholerrhagie et ses suites (troubles digestifs, amaigrissement);

γ D'éviter les hémorrhagies secondaires;

δ De prévenir la récédive par la suppression totale de la poche.

Donc cette opération est à conseiller et mérite de prendre place dans la thérapeutique chirurgicale des kystes hydatiques du foie, mais elle ne peut être donnée comme méthode de choix pour tous les kystes hydatiques, parce que, dans la pratique, elle est rarement applicable. Elle est destinée à marcher *côte à côte* avec les procédés courants de marsupialisation avec ou sans excision partielle de la poche, d'extirpation, mais *non à les suppléer*. Elle ne constituera jamais en pratique qu'une *opération d'exception*.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. Lawson-Tait

Th. de Braine, obs. II. -- Résumée.

X..., trente-huit ans, docteur en médecine.

En janvier 1883, très grande fatigue et chloro-anémie; malaise général de nature indéterminée, puis, coup sur coup, trois crises violentes de coliques hépatiques. On constate alors l'existence d'une tumeur qui occupe à peu près le siège de la vésicule biliaire. Douleur assez vive au niveau de cette tumeur. L'appétit reste bon, les digestions régulières.

En 1884, l'état général s'est amélioré, cependant des coliques hépatiques surviennent encore.

Après ces crises, on observe de la décoloration des matières, la tumeur augmente de volume, on sent qu'elle contient du liquide; puis, quelques jours plus tard, les matières redevennent très colorées, le malaise général disparaît, la tumeur diminue de volume.

Saison à Carlsbad et à Salzbourg.

Les phénomènes morbides réapparaissent, les forces diminuent rapidement. On avait diagnostiqué de la lithiasé biliaire, toutefois, un professeur de la Faculté de Médecine de Paris avait pensé qu'il s'agissait peut-être d'un kyste hydatique du foie.

On veut faire une ponction exploratrice. le malade la refuse, de la bile ou du pus pouvant fuser dans le péritoine et amener une péritonite mortelle; il demanda une laparotomie exploratrice qui fut confiée à *Lawson-Tait*,

Ce chirurgien examina la tumeur et déclara qu'elle n'était pas formée par la vésicule biliaire. Une incision fut faite à la paroi abdominale, on trouve la vésicule saine; il y avait une tumeur du lobe gauche du foie.

Elle fut ponctionnée, un jet de liquide clair s'échappa; il s'agissait d'un kyste hydatique. Incision du foie, *les parois du kyste sont enlevées.*

Réunion des lèvres de la plaie hépatique à la paroi abdominale; sutures superficielles de la paroi abdominale. Un gros tube à drainage est mis dans la cavité du foie.

Les suites de l'opération furent d'abord assez peu heureuses; il y eut de la dyspnée, puis une véritable asphyxie calmée par une injection de morphine.

Vint ensuite de la dépression vaincue par du champagne.

Ultérieurement on constata une pleurésie droite.

Tous ces phénomènes s'améliorèrent, la guérison fut complète en mai 1886.

OBSERVATION II. Lucas-Championnière (1)

Cas de kystes du foie pédiculisés. — Extirpation totale — Guérison

Jeune fille. Tumeur dans le flanc droit ayant tous les caractères d'une tumeur du rein, d'un volume assez considérable. La tumeur s'était développée rapidement, sans beaucoup de douleurs ni de troubles du côté des urines.

Dans le doute au sujet du diagnostic, *M. Championnière* pensa que le plus sage était d'ouvrir l'abdomen sur la ligne médiane, d'explorer la tumeur ainsi que le rein et, suivant les circonstances, d'extirper cette tumeur par la paroi antérieure ou par une ouverture faite en arrière.

La laparotomie ne l'éclaira pas d'abord sur le siège de la tumeur adhérente à toute sa périphérie. Le rein était tout petit. Après des recherches prolongées, il constata avec *M. Terrier* que le rein droit existait refoulé au loin vers le foie.

On procède à la dissection de cette tumeur rattachée au bord

(1) Société de chirurgie. 22 juillet 1895.

antérieur du foie par un long pédicule large de deux travers de doigt. Cette dissection fut très laborieuse ; *l'épiploon était adhérent* à toute la surface et la tumeur avait poussé un prolongement qui traversait le *mésentère* dans lequel un gros trou restait béant. Une anse intestinale était intimement attachée à la paroi qu'il fallut *sculpter* sur elle pendant un parcours de *quinze centimètres*.

En somme la tumeur était un kyste hydatique rattaché au bord antérieur du foie. Il contenait une multitude de petites hydatides. Certains points du voisinage de la paroi avaient suppuré. La paroi était d'une épaisseur extrême, sauf quelques points très adhérents aux parties voisines, ce qui rendait la dissection très laborieuse,

L'insertion était au voisinage de la vésicule biliaire. Le foie *reçut plusieurs points de suture perdus*. La malade guérit rapidement. Elle se levait au bout de trois semaines.

OBSERVATION III. Whitehead (1)

Manchester Royal Infirmary

Kyste hydatique du foie. — Résection d'une côte. — Extirpation de la paroi du kyste.

(Traduite par l'auteur.)

E. W., femme de complexion quelque peu délicate, âgée de 32 ans. Admise dans le service de chirurgie le 18 septembre 1886. La malade raconte ainsi son histoire : En janvier 1885, légère attaque de pneumonie ; après la guérison, elle conserve du côté droit une douleur qui se continue, avec plus ou moins d'intensité, jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. Six mois avant cette date, attaque de jaunisse et, en même temps, œdème des membres inférieurs. Environ deux mois après ces accidents, elle est admise au *Bowdon consumption hospital* où elle reste trois semaines. Pendant son séjour dans cet établissement, on ponctionne la région hépatique et on évacue un peu de liquide clair. De *Bowdon*, elle vient à la *Manchester Royal Infirmary*, on l'admet en médecine.

(1) The Lancet, London 1887, p. 624. — Hydatid cyst of liver ; resection of a rib ; removal of cyst wall.

Trois mois après, elle passe en chirurgie. Pendant son séjour en médecine, on la ponctionne deux fois; le liquide est clair; il contient des chlorures en abondance, pas d'albumine ni de crochets. La malade a beaucoup maigri. Au moment de son entrée dans le service de chirurgie, on trouve de l'empâtement de la région du foie. La matité du foie a beaucoup augmenté: elle s'étend en haut au troisième espace intercostal, en bas, à deux ou trois centimètres du rebord costal. De temps à autre, légères douleurs du côté droit, avec irradiation, à l'épaule du même côté.

Opération. — Le 4 octobre, la malade est chloroformée. On fait une incision de cinq centimètres, parallèle au rebord costal et un peu au dessous. Les différents plans de la paroi abdominale sont successivement sectionnés, on voit le bord antérieur du foie; pas de kyste. La plaie abdominale est soigneusement suturée plan par plan. La malade guérit bien de cette opération.

Le 13 novembre, seconde opération. Incision de sept à huit centimètres le long de la huitième côte, au milieu de la ligne axillaire; on résèque deux centimètres et demi de côte, en gardant le périoste. On coupe un épais feuillet de plèvre, et on tombe dans une large cavité de laquelle sort presque un litre de liquide épais, brun-jaunâtre. On y trouve des crochets et de l'albumine en abondance. Cette cavité est entourée d'une membrane distincte homogène, d'un jaune brillant, *molle et friable* épaisse d'environ un millimètre et demi. Au moyen de manœuvres soigneusement faites, la paroi du kyste est *complètement extirpée*.

De nombreuses hydatides filles sont évacuées soit en même temps que la paroi du kyste, soit avec le liquide. La cavité est parfaitement lavée avec une solution boricquée et un gros tube à *drainage* placé.

14 novembre. — Excellente nuit. Temp. 98° (Fahrenheit). Le pansement est imbibé d'un liquide fortement mélangé de bile. La cavité est lavée comme la première fois. Le malade prend 250 grammes de brandy par jour.

20 novembre. — L'écoulement est encore très abondant, contient beaucoup de bile; il est maintenant purulent. On lave tous les jours la cavité à l'eau boricquée. De temps à autre, des portions d'hydatides filles sont évacuées.

6 décembre. — La nuit précédente, la température est montée à 101°6 (Fahrenheit). On trouve le pansement imbibé de sang. L'hémorrhagie vient de la cavité. Lavage boriquée, nouveau pansement. Le matin, encore du sang; en seringuant la cavité, on évacue des caillots en petite quantité.

7 décembre. — Temp. 97°6. Le pansement contient plus de sang encore, on évacue un peu plus de caillots.

10 décembre. — On ne trouve plus de sang et la température reste normale.

L'écoulement est moins abondant et se trouve formé de pus de bonne nature. La cavité retient encore un peu plus de trente grammes de liquide.

Le malade continue alors à marcher vers la guérison sans autre événement.

Revue en février, elle paraît plus forte et en meilleure santé qu'avant l'opération. Elle ne souffre plus, mange et dort bien. La plaie abdominale *n'est pas guérie*, mais l'écoulement est *naturel* et d'une abondance *insignifiante*.

OBSERVATION IV. (Résumée) Pozzi (1)

Extirpation complète d'un kyste hydatique du foie. — Suture du tissu hépatique. — Guérison.

Marie G..., ménagère, trente-quatre ans, entre à l'hôpital Pascal (annexe de l'hôpital Broca) pour une tumeur abdominale dont elle s'est aperçue il y a huit mois seulement à la suite d'un deuxième accouchement très régulier.

On trouve au niveau du creux épigastrique, proéminent surtout à gauche et se dirigeant vers l'hypocondre, une tumeur résistante, élastique, non fluctuante, mate, mais ne présentant pas de frémissement à la percussion. Cette tumeur qu'on ne peut guère délimiter est le plus superficielle au-dessous des fausses côtes gauches. Elle suit les mouvements respiratoires.

Diagnostic : *kyste hydatique du lobe gauche du foie*.

A la fin d'octobre, on ponctionne avec l'appareil de Potain et

(1) Congrès français de chirurgie, — 1888. — T. III.

on donne issue à deux litres de liquide où nagent quantité de petites hydatides.

Le 30 novembre 1889, le liquide s'est réformé, on opère.

On incise sur la ligne médiane à trois travers de doigt de l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic. On aperçoit la face convexe du foie ; le kyste est recouvert de substance hépatique, mais au-dessous, sur la face concave, il est nu ; sa paroi est mince et bleuâtre. On ponctionne, puis on cherche à attirer la poche à l'extérieur pour en *exciser* une partie. Elle se *déchire* ; il est manifeste que cette manœuvre est impossible ; on tente *l'extirpation*. On incise pour cela le péritoine au niveau des limites du kyste et, procédant à *l'énucléation* comme pour un kyste du ligament large, on détache peu à peu à peu la poche, en procédant *avec le doigt* recouvert d'une serviette éponge. Bientôt, on est obligé de s'aider de *ciseaux courbes*, maniés à petits coups ; des vaisseaux veineux donnent du sang ; on les dessèche au thermocautère. Une artère volumineuse est liée ; quatre autres, plus petites, cessent de couler après la compression des pinces.

Pour décortiquer la partie supérieure, on doit inciser au thermocautère une languette de foie épaisse de deux centimètres. Enfin, on arrive à enlever intacte *la totalité* de la poche.

Le lobe gauche du foie présente à ce moment une large échancrure évasée inférieurement, irrégulière, légèrement cautérisée sur presque toute sa surface qu'on peut évaluer à celle de la paume de la main. Afin de diminuer l'étendue de cette surface suintante et pour diriger l'action protectrice des adhérences, le chirurgien songe à réunir *cette plaie très exactement* à la partie inférieure, plus lâchement en haut, puis à fixer le tout à la paroi abdominale, en laissant à ce niveau un drain. C'est ce qui fut fait au moyen d'une suture hépato-hépatique ; puis le foie est fixé au moyen d'une suture hépatico-pariétale, surjet de catgut passé sur les bords de la plaie et comprenant seulement le revêtement péritonéal, plus résistant, avec une petite épaisseur du tissu hépatique.

Les suites opératoires furent très heureuses. La malade quitta l'hôpital le 27 février complètement guérie, la cicatrice linéaire résistante, très peu visible. L'endroit où était le drain est marqué par une dépression punctiforme.

OBSERVATION V. W. Bruce Clarke. (1)

M. B. Assistant Surgeon to Saint Bartholomew's hospital. —
Ablation complète de kystes hydatiques du foie, avec la paroi du
kyste, par incision abdominale.

(Traduite par l'auteur)

J. W. âgé de treize ans.

Historique. — Petite éminence de la région du foie, constatée pour la première fois six ou huit mois auparavant. Depuis ce temps, accroissement graduel, n'a causé ni trouble ni inconvénient d'aucune sorte. Le malade n'a éprouvé aucun symptôme morbide, rien non plus du côté de l'intestin.

État actuel. — La tumeur est large et globuleuse, elle occupe la plus grande partie de la région épigastrique. Elle est tendue, élastique, mate. La matité se continue avec celle du foie, son bord inférieur est nettement délini; elle est complètement immobile. Diagnostic : hydatide.

Opération. — Le 2 août 1888, on fait une incision au centre de la tumeur; le foie apparaît et, en son milieu, l'hydatide bombe en avant. On ponctionne avec un trocart fin et on évacue du liquide clair, après quoi, la paroi du kyste étant *librement incisée*, on évacue le reste du contenu du liquide qu'accompagnent un petit nombre d'hydatides filles.

La paroi du kyste, *promptement décollée des parties environnantes* est enlevée. On lave la cavité avec de l'eau chaude et ses bords sont *suturés à la plaie abdominale*. Drainage. On n'avait vu ni senti aucune trace d'autre kyste.

Le 7 septembre, la guérison du malade est complète; il quitte l'hôpital avec une petite cavité. Revu quelques semaines plus tard, il est en excellent état et peut se livrer à ses occupations habituelles de commissionnaire.

(1) *British medical Journal*. 1893. T. I, p. 690. *The complete removal of hydatid cyst of the liver, along with the cyst wall, by abdominal section.*

OBSERVATION VI (Résumée) W. Bruce Clarke.

(Traduite par l'auteur.)

Quinze mois plus tard, le jeune malade qui fut l'objet de la précédente observation, entre de nouveau à l'hôpital pour la même raison. On diagnostique un kyste hydatique du foie. La nouvelle hydatide, dont on n'avait trouvé aucune trace, lors de l'opération relatée dans l'observation V, est située un peu plus à droite que la première.

On intervient de nouveau en suivant le même manuel opératoire que précédemment. Les suites sont absolument analogues.

Cette seconde opération permet de constater que le foie était parfaitement adhérent à la paroi, quant à la première intervention.

Cette fois encore, le malade quitte l'hôpital dans les meilleures conditions, la guérison est complète.

OBSERVATION VII W. Bruce Clarke (1).

West London Hospital. — May 1889.

Hydatide du foie. — Incision abdominale.

(Traduite par l'auteur.)

Femme, âgée de 37 ans.

Historique. — Depuis quelques mois, la malade avait remarqué un gonflement de la région du foie. La tumeur, depuis cette constatation, semblait grossir; à une ou deux reprises, elle avait occasionné des douleurs considérables.

Etat actuel. — La malade, mariée, a l'air de jouir d'une fort bonne santé; elle présente, dans la région du foie, un gonflement qui s'étend du septième cartilage costal, jusqu'au dessous et à droite de l'ombilic. Cette tumeur, latéralement

(1) Hydatid of liver. — Abdominal section.

placée, occupe environ la moitié de la région épigastrique et de l'hypocondre droit.

Elle est tendue, ferme, mate et élastique. On ne perçoit aucune fluctuation.

Le 4 mai, on fait une incision au centre de la tumeur. Dès l'ouverture de la cavité péritonéale, on peut voir un kyste blanchâtre au centre de la surface du foie. On ponctionne avec un gros trocart et on évacue environ un litre et demi de liquide. On agrandit l'ouverture de la ponction et on trouve le kyste rempli d'abondantes hydatides filles qu'on extrait.

La paroi du kyste est *très aisément décollée* et enlevée.

Les obstacles rencontrés dans cette opération ont été causés par la difficulté éprouvée par le chirurgien lorsqu'il voulut *suturer les bords de la cavité à la plaie abdominale*.

OBSERVATION VIII. W. Bruce Clarke (1).

Hydatide du foie. — Incision abdominale. — Guérison

E. L. âgé de vingt-sept ans. Tumeur abdominale de la région du foie.

Historique. — Environ six mois auparavant, légère douleur dans la région du rein droit, cette douleur est fugitive. Quelques mois plus tard, autre attaque plus aiguë que la précédente et qui dura un jour ou deux. Un médecin, consulté alors, trouva un gonflement dans l'abdomen. A part les exceptions signalées ci-dessus, le malade s'est toujours bien porté.

État actuel. — Dans l'hypocondre droit, on trouve une tumeur ovale, à grand axe presque vertical; elle est comprise entre le bord droit du thorax, la ligne blanche, le rebord des côtes et le dessous de l'ombilic. Elle suit les mouvements respiratoires. Surface polie. Fixée *in situ*, réserve faite pour les mouvements respiratoires. On peut sentir au-dessous d'elle, la marge du foie. Pas d'ascite. Urine : D = 1029, pas de sucre, nuage d'albumine.

Le 13 juin 1891, sous le chloroforme, on fait une incision

(1) Brit. méd. J. 93. — Hydatid of the liver-abdominal section. — Recovery.

de huit centimètres le long du grand axe de la tumeur. Hémostase.

On ouvre le péritoine et on place une éponge plate dans la cavité péritonéale. Un doigt introduit dans la plaie trouve un kyste à la partie inférieure du foie. Quelques adhérences avec l'épiploon. On ne trouve aucune trace d'autre kyste. On amène le kyste dans la plaie et on le ponctionne avec un gros trocart ; on évacue ainsi trois quarts de litre d'un liquide opalescent. Deux solides fils de soie sont passés dans la paroi du kyste qu'on peut ainsi amener au dehors, après quoi on l'incise. Un grand nombre d'hydatides filles, sont expulsées par un lavage à l'eau chaude ou au moyen d'une pince ; puis, la paroi du kyste *s'étant affaissée, on la sépare de l'ectocyste*. On l'enlève avec une pince ; on draine et suture la plaie abdominale. Guérison.

OBSERVATION IX. Marchand (1)

Extirpation totale d'un kyste hydatique du foie

D. B. trente-cinq ans, entrée à huit ans à l'hôpital Sainte-Eugénie, pour y être traitée d'une tuméfaction abdominale datant déjà de quelques mois et qui gênait la respiration. Douleurs assez vives dans le côté droit du ventre avec irradiation du côté de l'épaule gauche.

Traitement purement médical.

Quelques années plus tard, la malade revient : on propose une intervention chirurgicale aux parents, ceux-ci la repoussent. A dix-sept ans, la malade, réglée l'année même, se marie, elle eut trois enfants ; elle souffrait toujours de sa tumeur très accrue. Depuis quelques temps, cette femme souffre, elle maigrit, ne peut digérer les aliments gras, elle demande l'opération. Ventre très distendu, saillant en avant, la palpation y dénote une tumeur médiane, à parois fermes, qui se déplace latéralement avec facilité et s'abaisse momentanément à chaque inspiration. Elle descend jusqu'au voisinage du pubis et arrive en haut à la partie moyenne de l'espace qui sépare l'appendice xiphoïde de l'ombilic. On ne peut guère établir de démarcation entre la tumeur et le foie.

(1) Bull. Mem. Soc. de chir. de Paris, 1893. — T. XIX. p. 172.

M. Marchand résolut d'ouvrir largement cette tumeur, de la vider et de la marsupialiser.

Le ventre fut ouvert par une incision remontant à quatre travers de doigt de l'ombilic et descendant à moitié chemin de l'espace omphalo-pubien. *La tumeur était recouverte de nombreuses adhérences épiploïques.* Celles-ci détruites, la face antérieure du kyste se présente sous l'aspect d'une membrane inégale, très tendue, consistante, marbrée de taches rougeâtres et jaunes.

On fonctionne avec un gros trocart, pas de résultat. L'incision au bistouri dut être faite à l'aide d'une pince à kyste.

Le contenu du kyste formant une bouillie épaisse, jaunehleuâtre, était manifestement constitué par des hydatides à tous les états possibles de régression. On évacua environ trois litres de ce magma, après quoi on tomba sur une membrane hydatique encore bien vivante et à laquelle étaient appendues de nombreuses hydatides jeunes de tous les volumes et d'aspect normal.

La paroi du kyste était infiltrée de sels calcaires, elle ne pouvait donc *revenir* sur elle-même et on dut abandonner l'idée de marsupialiser. M. Marchand résolut alors de tenter l'extirpation. Il y avait de nombreuses *adhérences intestinales, mésentériques, spléniques même*, qu'il fut très difficile de détruire et qui nécessitèrent de nombreuses ligatures. Le kyste tenait à la face inférieure du foie par une large adhérence qui tenait tout le lobe gauche et arrivait à la vésicule biliaire; cette dernière fut séparée par une *dissection minutieuse* et un clamp fut appliqué sur le reste de l'adhérence. Le kyste était *complètement séparé*, mais il restait une cavité traumatique considérable limitée par la rate, les anses intestinales agglutinées, la face inférieure du foie, le mésentère, le bord inférieur de l'estomac.

Sous l'influence des tractions exercées par la tumeur, le foie s'était abaissé, son lobe gauche devenu vertical. On laissa les choses en l'état. Drainage au moyen de quelques bandelettes de gaze iodoformée.

Suites très simples, la température ne dépassa jamais 37°,8. La malade sort guérie le 20 septembre. Elle a été revue plusieurs fois, on lui a fait une ceinture pour maintenir en bonne place son foie prolabé, son état général est excellent.

OBSERVATION X. Tansini. (1)

Laparotomie. Extirpation totale de kyste hydatique du foie et résection du lobe gauche de cet organe. Guérison.

(Traduite par l'auteur)

Cassolari Veronica, de Sassuolo, âgée de vingt-cinq ans, s'est aperçue il y a trois ans de la présence d'une tumeur dans la région épigastrique; elle commença alors à souffrir de douleurs lancinantes dans la région médiane et elle eut des vomissements.

Le 26 novembre, cette femme entre à la clinique; son état général est excellent.

A l'examen, on constate dans la région épigastrique une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus; la forme de cette tumeur est irrégulière, on ne peut exactement préciser ses limites profondes. Sa consistance est fibreuse; elle est placée un peu latéralement, elle suit les mouvements d'inspiration. Indolente par elle-même, elle est assez peu douloureuse à la pression.

Le 8 décembre, le professeur Tansini, pratique la laparotomie; la tumeur est très adhérente au grand épiploon; au moyen de nombreux fils on peut l'isoler en un point où elle présente un profond sillon. Celui-ci la divise en deux lobes dont l'un, plus volumineux, est implanté dans l'épaisseur du lobe gauche du foie. On tire sur le lobe isolé pour porter en dehors celui qui est caché dans l'organe.

Au moyen de ciseaux, l'opérateur coupe la substance hépatique à gauche et à une certaine distance de la tumeur qu'il veut extirper intacte; il l'énuclée en partie de la substance du foie. Il réussit à l'extirper parfaitement intacte. Avant d'enlever complètement la tumeur, le professeur Tansini, afin d'empêcher que le lobe du foie incisé ne s'échappe dans la cavité abdominale, transfixe les lèvres de la plaie hépatique, à une certaine dis-

1. *Riforma medica*, 1893. T. I. p. 487. Laparotomia. Estirpazione totale di cisti da echinococco del fegato e resezione del lobo sinistro di quest'organo. Guarigione.

tance de la marge, avec quatre gros fils de soie qu'il confie à un aide. Ces fils maintiennent au niveau de la plaie abdominale la portion restante du lobe hépatique.

Une hémorrhagie considérable s'était produite, elle fut arrêtée par la ligature au catgut des gros vaisseaux et aussi par le tamponnement de la plaie du foie. Une partie de l'hémostase fut laissée à la suture de la brèche hépatique; le professeur Tansini avait l'intention de combler cette dernière par ce moyen et de replacer le foie tout à fait libre dans l'abdomen. La suture du foie fut pratiquée tant à la partie convexe qu'à la partie concave, avec des points de suture alternes de soie et de catgut, au nombre de seize. La réunion de la plaie abdominale fut faite profondément par des points de suture à anse et superficiellement par des points séparés.

L'opérée ne subit aucune réaction fébrile et, dix-sept jours après l'opération, elle quittait la clinique guérie.

La tumeur extirpée avait le volume d'une tête de fœtus; elle était formée de deux cavités à parois épaisses d'un centimètre environ et tapissée intérieurement d'une épaisse membrane chitineuse. La plus petite des deux cavités contenait une masse de substance caséiforme, l'autre des vésicules filles transparentes, de toutes les tailles et en grande quantité.

OBSERVATION XI (Inédite). Ricard.

Due à l'obligeance de M. Longuet, interne des hôpitaux.

Kyste hydatique double du foie. — Enucléation du kyste médian.
— Marsupialisation du kyste latéral droit dans la même séance.
— Guérison.

F. M., dix-huit ans, plumassière.

Antécédents héréditaires. — Père mort, cardiaque; mère souffrant de douleurs abdominales non définies.

Antécédents personnels. — Jusqu'à sa dixième année, la malade fut successivement atteinte de rougeole, bronchite, fluxion de poitrine. Ensuite elle eut des maux d'yeux qui durèrent trois ans et demi.

Début. — A seize ans, la malade entre à l'hôpital d'Orléans;

elle était souffreteuse et se croyait anémique ; elle se plaignait aussi de douleurs d'estomac.

Le ventre est examiné, on y trouve une tumeur ; interrogée, elle dit que, depuis son enfance, elle a souvent éprouvé des douleurs abdominales et des douleurs d'estomac. Elle avait eu aussi une poussée d'urticaire, bien qu'on ne l'eut jamais ponctionnée jusque-là. Cette poussée dura 48 heures. On porta le diagnostic de kyste hydatique du foie et on proposa l'opération qui fut refusée.

La malade vint à Paris. Elle entra à l'Hôtel-Dieu se disant toujours anémique. On lui fit trois ou quatre ponctions. Le 28 janvier 1894, elle entra à l'hôpital Laënnec, dans le service de chirurgie dirigé par M. le docteur Ricard.

C'est une jeune fille brune, de bonne apparence ; elle raconte de nouveau les quelques symptômes énumérés plus haut et ajoute que depuis longtemps déjà, elle était constipée et avait un profond dégoût pour les matières grasses. Elle a toujours uriné facilement.

Examen. — A l'inspection du ventre, une légère augmentation de volume se fait remarquer dans la région épigastrique. Pas de développement des veines superficielles à ce niveau. Il n'y a pas non plus de changement de coloration des téguments. A la percussion, cette voussure est mate et cette matité se continue directement avec celle du foie. Le foie, mesuré suivant les différentes lignes axillaires, postérieure, moyenne, antérieure, mammelonnaire, parasternale droite, rétro-sternale et parasternale gauche, n'offre aucune augmentation de volume dans tout l'hypocondre droit. Au niveau du creux épigastrique, cependant, il se continue avec la tumeur médiane sus-ombilicale signalée plus haut, mais pas assez nettement pour qu'on puisse affirmer que cette tumeur fait corps avec le foie plutôt qu'avec les autres viscères, avec la rate par exemple. Notons que cette tumeur ne suit pas les mouvements de la respiration. A la palpation, elle semble nettement limitée par une membrane d'enveloppe et donne bien la sensation d'un kyste. Elle est rénitente, mais non fluctuante et ne donne pas lieu au frémissement hydatique. Elle est franchement mobile dans le sens transversal, mais sa mobilité est nulle dans le sens vertical.

Aucune ponction n'a été faite dans le service. Le dia-

gnostic porté est kyste, mais le siège médian ne permet pas de préciser si le kyste appartient au foie ou au pancréas, ou même au mésentère.

Opération. — Le 2 février par M. Ricard. Laparotomie médiane sus-ombilicale ; longueur de l'incision 7 à 8 centimètres. On tombe immédiatement sur une membrane blanchâtre qui appartient au kyste lui-même. Le volume du kyste égale une tête d'enfant. Après avoir protégé la cavité péritoniale par une couronne d'éponges aseptiques, on ponctionne avec aspiration la poche : évacuation de liquide cristal de roche ; puis ouverture de cette poche au bistouri pour en pratiquer plus rapidement l'évacuation.

Après avoir enlevé un grand nombre d'hydatides, le chirurgien introduit par l'ouverture du kyste, deux doigts de la main gauche, tend la paroi kystique dont l'épaisseur est à peu près de cinq millimètres et parfaitement résistante. La face externe de cette paroi est disséquée tantôt avec le doigt, tantôt avec le bistouri et les ciseaux courbes. Des adhérences existent en un point et sur une longueur de quatre à cinq centimètres, avec une anse grêle ; elles se laissent aisément détruire et ne saignent pas. La dissection est continuée dans le parenchyme hépatique lui-même ; elle donne lieu à une hémorrhagie en nappe qui s'arrête d'elle-même. On parvient ainsi, sans grande difficulté, à *enucléer* toute la poche qui est retirée *en une seule pièce*. L'hémostase est obtenue par quelques points perdus hépato-hépatiques, mais la brèche est fermée par des fils qui, les uns, réunissent dans le foie les faces opposées de la loge, les autres, superficiels, séro-séreux, amenèrent en contact les lèvres du péritoine hépatique. Réduction de la languette de foie, amincie et effilée, qui correspond à toute l'extrémité gauche, étalée, de cet organe. Fermeture totale de la paroi abdominale par des points profonds et superficiels sans drainage.

Au cours de cette opération, on découvrit un deuxième kyste, absolument distinct du précédent, dans le lobe droit, passé inaperçu au point de vue clinique. Une deuxième incision de l'abdomen est faite parallèlement au rebord costal, dans l'hypocondre droit, au niveau de la ligne axillaire antérieure, correspondant au point le plus saillant du kyste, point saillant qui n'était appréciable que lors de la première laparotomie médiane. Ten-

tatives d'énucléation qui est impossible par suite de la friabilité de la poche et des nombreuses adhérences qu'elle contractait. Marsupialisation sans excision partielle de la poche. Drainage.

Suites. — Les jours suivants, accidents pulmonaires qu'on attribue à la narcose par l'éther, la malade étant probablement atteinte de bronchite au moment même de l'opération ; toux, expectoration visqueuse, point de côté ; ces accidents disparaissent le huitième jour. Le dixième jour, on enlève les fils de l'incision médiane (*énucléation*), guérison complète de cette première plaie.

La plaie latérale donne un abondant écoulement de bile, sup-puration de cette portion marsupialisée. Trois mois après, cette partie donne une évacuation de quelques grammes, chaque fois, de liquide biliaire redevenu clair. Néanmoins la guérison complète et la suppression de la fistule est obtenue dans le cours du quatrième mois. L'incision médiane est, à cette époque, dans un très bon état, aucune tendance à l'éventration.

BIBLIOGRAPHIE

- Bouilly.** — In thèse Potherat, 1889. Observation L., p. 83.
- Bruce-Clarke.** — British medical journal 1893, t. I. p. 690. The complete removal of hydatid cysts of the liver along with the cyst wall, by abdominal section.
- Fitz-Gerald.** — Australasian medical journal, Melbourne, 25 mai 1880.
- Gaillard.** — Médecine moderne, 2 juin 1894.
- Hinkeldeyn.** — Intercolonial medical Congress of Australia, 1889, p. 352.
- John Davies-Thomas.** — Intercolonial medical Congress of Australia, 1889, p. 352.
- Knowsley-Thornton.** — In thèse de Braine 1886, observation VII.
- Lawson-Tait.** — Observation de Budin. In th. Braine 1886, p. 56.
- Lucas-Championnière.** — Bulletin de la Société de chirurgie, 1885.
- Marchand.** — Bulletin de la Société de chirurgie, 1893, t. XIX, p. 172.
- Martin.** — Birmingham Medical Rev. 1892, t. XXXII, p. 292. Cyst of the liver. Enucleation.
- Monod.** — In th. Braine, observation VIII, p. 83. 1886.
- Pozzi.** — Congrès français de chirurgie, 1888, t. III.
- Segond.** — Traité de chirurgie de Duplay-Reclus, t. VII, p. 296.
- Spiegelberg.** — Intercolonial medical Congress of Australia, 1889, p. 352.
- Tansini.** — Riforma medica, t. I, p. 439, 1889. et Gazz. med. lomb. Milano, 1892, L I, p. 288 : Cisti alveolare da echinococco del fegato. Estirpazione totale della cisti con resezione parziale del lobo sinistro; guarigione.
- Tricomi et T. Vallegia.** — Térap. mod. Padova, 1891. V, 393-97. Estirpazione completa di una cisti d'echinococco del fegato; sutura del tessuto hepatico; guarigione.
- Vallas.** — Province médicale. Lyon, 1893.
- Whitehead.** — The Lancet. London, 1887, t. I, p. 624.
- Whitcombe.** — Australasian medical journal. Melbourne, 15 octobre 1885.

Vu et permis d'imprimer
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

